Aus der Chirurgischen Universitätsklinik München
(Geh. Rat Prof. Lexer)

Entzündungsähnliche Geschwülste und geschwulstähnliche chronische Entzündungsvorgänge in der Mundhöhle, zumal am Zahnfleisch

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

Hans-Albert Dege

☆

München 1930

Dillingen a. Donau
Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.
1930.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik München
(Geh. Rat Prof. Lexer)

Entzündungsähnliche Geschwülste und geschwulstähnliche chronische Entzündungsvorgänge in der Mundhöhle, zumal am Zahnfleisch

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans-Albert Dege

☆

München 1930

Dillingen a. Donau
Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.
1930.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0124

Die in der Mund- und Rachenhöhle vorkommenden echten Geschwülste und die dort auf entzündlichem Boden entstandenen hyperplastischen Neubildungen zeichnen sich durch einen großen Formenreichtum und durch eine große Mannigfaltigkeit in ihrer Entstehungsgeschichte aus. Dies wird allerdings nicht sehr verwunderlich erscheinen angesichts der verwickelten Vorgänge, die sich in der Entwicklungsgeschichte dieses Organs abspielen und wohl wie nirgends sonst im Körper Gelegenheit zur Versprengung und Verlagerung von Teilen embryonalen Gewebes und somit zur Geschwulstbildung bieten. Außerdem bringen noch der dauernde Zusammenhang mit der Außenwelt, die ständigen und so sehr verschiedenen mechanischen, physikalischen, chemischen Reize und die häufig damit verbundenen Gewebsbeschädigungen sowie die stets reichlich vorhandene Bakterienflora genügend Anreiz zu ungewöhnlichen Wachstumsvorgängen und entzündlichen Erscheinungen. Dazu kommt noch die große, oft überschießende Abwehrfähigkeit des Gewebes, um das Bild der Erscheinungen noch bunter zu gestalten.

Die Meinungsverschiedenheit zwischen den Beobachtern beginnt in der langen Reihe dort, wo die Frage laut wird, wo fängt die Entzündung an und hört die Geschwulstart auf, bezw. umgekehrt. Kennen wir auch an den Enden der Reihe zahlreiche wohlumschriebene Krankheitsbilder beider Arten, bei denen kein Zweifel über ihre Natur besteht, bei denen wohl einmal die Erkennung Schwierigkeiten bereiten kann, wo aber dann mit der Diagnose alles Weitere klar ist, so gibt es andererseits eine Reihe von Krankheitsbildern, bei denen mit der klinischen Diagnose noch keine Entscheidung Entzündung oder Geschwulst sicher gefällt ist und erst die mikroskopische Untersuchung der „Geschwulst" Klarheit schaffen kann, und selbst diese bisweilen nicht. Zu dieser Gruppe gehören als ziemlich häufige Erkrankungen die Gingivitis hypertrophicans, das Fibrom und das Papillon der Mundhöhle.

Vor allem ist es die Zahnfleischfibromatosis, auch Gingivitis hypertrophicans genannt, die je nachdem, welche Erscheinungen ihre Beobachter in den Vordergrund stellten, zu verschiedenen Erklärungen ihrer Entstehung geführt hat und bei der vor allem die Frage, ob sie als entzündlicher Gewebsüberschuß oder als echte Geschwulst anzusehen ist, sehr verschiedene Beantwortung erfahren hat. Schon ihre Benennung zeigt die Reichhaltigkeit der Auf-

fassungen von ihrem Wesen: Zahnfleischskorbut (Baume), Fungöse Gingivitis (Sarval), fibromatose Entartung des Zahnfleisches, Elephantiasis gingivae (Weski), Hypertrophia fibrosa gingivae hereditaria (Krogmann).

Zuerst beschrieben wurde sie 1859 von Salter als angeborene Erkrankung. Ihre erste Abtrennung von den symmetrischen Fibromen geschah durch Perthes. Größere Abhandlungen über das Leiden stammen von Hisey, Heath, Whitely, Mac Gillivray, v. Metnitz, Spitzer, Sachse, Hesse, aus dem Anfang des 20. Jahrhunderts; später von Scheff, Nasse, Weski, Läwen, Furtwängler, Begelmann, bei dem sich auch ausführlichere Schriftenangaben finden.

Klinisch handelt es sich um eine nur an zahntragenden Kiefern vorkommende, daher auch nicht vor der Dentition beginnende Erkrankung des Zahnfleisches. Die Wucherung beginnt meist mit einer Vergrößerung der interdentalen Papillen, geht dann in eine wallartige Vermehrung des Zahnfleisches über, die schließlich die Zähne völlig umwuchern, ja sogar schief stellen kann. Die Bildung kann riesige Ausmaße annehmen, so daß in einzelnen Fällen ein Schließen der Lippen unmöglich wird, und die die Geschwulst überziehende Schleimhaut frei zu Tage liegt. Die Farbe der Schleimhaut über den befallenen Abschnitten ist normal, es sei denn, daß sekundäre Entzündung an diesen den äußeren Einflüssen naturgemäß stark ausgesetzten Bezirken eingetreten ist. Lappenförmiger Aufbau ist häufig; der Punkt des stärksten Wachstums sitzt stets an den zahntragenden Stellen des Kiefers.

Die Geschwulst ist derb, kann aber bei frischen Erkrankungen zunächst weicher sein. Die Wangenschleimhaut wird nicht davon befallen. Begelmann hält sie für dauernd gutartig, während nach Kaiserling der Uebergang in Epulis gigantocellularis, osteoplastica, angiectatica beobachtet wurde. Jedenfalls ist dieser Uebergang nicht häufig, selbst nicht bei ganz hochgradiger Ausbildung. Schmerzen bestehen nicht. Die Hauptbeschwerden gehen vorwiegend von der mechanischen Behinderung der Kranken beim Sprechen und Essen aus. Bei einigen Kranken fand Begelmann im Röntgenbilde herdförmige Knochenaufhellungen am Kiefer.

Die Behandlung dieser Erkrankung ist nur von Erfolg begleitet, wenn die Zähne bei der Abtragung der Geschwulst mit entfernt werden. Ja die Extraction der Zähne allein kann unter Umständen schon zu einer weitgehenden Rückbildung führen (Läwen). Die Geschwulstbildung neigt jedoch trotz ihrer Gutartigkeit sehr zu Rückfällen; auch die operative Abtragung der Wucherung mit oder ohne Zahnziehen schließt solche nicht aus (Weski). Kleinere Eingriffe wie Kauterisation u. a. bringen daher keine Dauererfolge. Das sicherste Vorgehen besteht nach Weski in der Abtragung der Geschwulst mit dem Messer, Ziehen der Zähne und Abtragung des

Alveorarrandes. Diese Operation wurde von Salistscheff noch abgeändert. Konjetzny entfernte das gewucherte Zahnfleisch in mehreren Sitzungen bis auf den Knochen. Er konnte so die an den Kronen freigelegten Zähne erhalten, die Wundfläche überkleidete sich schnell, ein Rückfall trat nicht auf.

Das mikroskopische Bild der Zahnfleischfibromatosis, von dem Begelmann mehrere Abbildungen bringt, zeigt je nach Alter und Schnelligkeit des Entstehens Abweichungen. Danach besteht die Hauptmasse des neugebildeten Gewebes aus einer kräftigen und selbständigen Wucherung des Bindegewebes. Stets vorhanden sind auch Entzündungserscheinungen, seien sie akuter oder chronischer Natur. Letztere sind häufig begleitet von Plasmazellenhaufen in Gefäßnähe oder auch von lymphocytären Infiltraten. Diese entzündlichen Veränderungen finden sich nach Weski meist nahe der Oberfläche. Die Art des Bindegewebes selbst kann je nach Alter und Wachstumsgeschwindigkeit schwanken zwischen einem kernarmen, gefäßarmen, hyalinisierten derben Gewebe und einer mehr an das Bild des Angiomes sich anlehnenden gefäßreichen, lockeren Neubildung. Das Epithel über den erkrankten Teilen kann normal sein, ist aber meist auch gewuchert und sendet unregelmäßig Stränge in die Tiefe, die bisweilen eine den embryonalen „Glocken" ähnliche Form haben können. Gutartigen anaplastischen Uebergang von Epithel in Bindegewebe beobachtete Begelmann. Die Grenze gegen das gesunde Gebiet ist bald scharf, bald verwaschen. Ausgesprochene Abkapselung findet sich nicht. Nach Kaiserling spricht die scharfe Abgrenzung für ein echtes Blastom, die unscharfe mehr für entzündliche Entstehung.

Neben diesen örtlichen Befunden lassen sich bei der Zahnfleischfibromatosis noch eine Reihe von Erscheinungen feststellen, die über die örtliche Begrenzung der Krankheit hinaus auf eine besondere Veranlagung und Mitbeteiligung des ganzen Körpers weisen.

Am auffallendsten ist zunächst die ausgesprochene Erblichkeit dieses Leidens jedoch ohne besondere Bevorzugung eines Geschlechtes. Es können bis zu drei Viertel (Krogmann) und zwei Drittel der Personen der befallenen Familien das Leiden aufweisen. Häufiger zugleich beobachtet wurde: Hyperthyreoidismus (Konjetzny) Haarveränderungen, Schweißdrüsen- und andere Hautfehler (Zimmermann), psychische Veränderungen z. B. häufigerer Selbstmord (Weski) Auch die Schwangerschaft hat einen wachstumsbefördernden Einfluß, wie ja nach Borst alle Neubildungsvorgänge in der Schwangerschaft angeregt werden.

So wenig in den bisher erwähnten Punkten der Beobachtung und objektiven Feststellung die Meinungen der einzelnen Bearbeiter von einander abweichen, so sehr stehen sie sich gegenüber, sobald es sich um die Frage handelt, ob diese Wucherungen

pathologisch-anatomisch als chronisch entzündliche Hyperplasien oder als echte Geschwülste zu werten sind, oder wie ihre Entstehung ursächlich gedacht werden könnte. Es ist hierbei außerdem daran zu denken, daß es sicher rein entzündliche Gingivitiden gibt, die auch zu hypertrophischen Wucherungen führen können, meist aber einer medikamentösen Therapie zur Beseitigung der Entzündung in der Mundhöhle schnell weichen und wohl auch niemals zu solch großen Gebilden werden, wie sie anfangs beschrieben wurden. Diese Gruppe der entzündlichen Fälle ist also von vornherein bei den folgenden Betrachtungen außer Acht zu lassen. Sie sind sowohl klinisch wie pathologisch andere Erkrankungen.

Begelmann faßt die Fibromatosis gingivae als echte Neubildung auf, da er klinisch keine Anhaltspunkte für eine wirklich auslösende Entzündung finden konnte. Er glaubt, daß die vorgefundenen entzündlichen Veränderungen durch zufällige Verletzungen, Schädigungen und Reize, die ja am Zahnfleisch nicht zu vermeiden sind, entstanden seien. Dafür spräche auch Weskis Beobachtung, daß die Infiltrate an der Oberfläche liegen, während die Wucherungszone tiefer zu suchen ist. Begelmann selbst hat gleichzeitig bei denselben Kranken auch anderweitige Neigung zu Geschwulstbildung finden können (Angiome) und glaubt auch hierin wie in der Erblichkeit eine allgemeine Konstitutionseigenart erkennen zu können. Diese Ansicht vertreten im wesentlichen auch Klose und Gronwald, die ebenfalls das Bestehen echt blastomatöser Gingivawucherung neben der entzündlichen anerkennen.

Von diesen Ursachen abgesehen fand Furtwängler bei einigen Kranken die Erreger der Plaut-Vinzentschen Angina und konnte mit Neosalvarsan Heilung erzielen. Er ist der Ansicht, daß auch der Tuberkelbazillus als Erreger für ähnliche Erscheinungen in Frage käme. Seiner Meinung nach dürfte eine bakteriologische Untersuchung nie unterlassen werden, da sie meistens volle Klarheit schaffen könnte. Durch Wechsel in der Virulenz der Bakterien und in der Abwehrfähigkeit des Gewebes könnten eben sehr verschiedene Bilder entstehen. Er stellt die Erkrankung den Epuliden nahe mit dem Unterschiede, daß dort der Reiz das Zahnfleisch treffe, während er bei den Epuliden Knochenhaut und Knochen angreife.

Dieser Ansicht nahe stehen Sarval, Delater und Hentze, deren letzter diese Erkrankung mit der Epulis und der Gingivitis der Perlmutterarbeiter zu den „progressiven Paradentosen" zusammenfaßt und jede blastomatöse Erklärung für sie abweist und für ihre Ursache einen chronischen Reiz z. B. durch Staub beim Autofahren, Schlafen mit offenem Munde u. ä. annimmt.

Eine klare Entscheidung über die Art des Leidens wird jedoch beim einzelnen Kranken stets Schwierigkeiten bereiten, wenn es sich darum handelt, die stets vorhandenen entzündlichen Erscheinungen in ihrer Bedeutung richtig einzuschätzen. Auf alle Fälle ist mit der

chronischen Entzündung allein noch nichts erklärt, denn selbst wenn es sich nur um eine entzündliche Erscheinung des Bindegewebes handelt, so doch eben um eine keineswegs häufige Reaktionsform, deren starke Neubildung meist in keinem Verhältnis zu den geringen entzündlichen klinischen Erscheinungen steht, wie das auch Läwen betont.

In das Gebiet des fließenden Uebergangs von Entzündungsvorgängen zu Geschwulstneubildungen gehören ferner die an den Weichgebilden der Mundhöhle nicht allzu seltenen, im Schrifttum häufig erwähnten Fibrome, bei denen sowohl klinisch, wie pathologisch eine genaue Einordnung in eine der erwähnten Gruppen sehr schwer, ja unmöglich sein kann (Tendeloo). Jedenfalls finden sich bei ihnen oder in ihrer Umgebung stets entzündliche Vorgänge.

Nach den Statistiken von Bösel, Hoppe, Scypinski ist das Fibrom nach den Epuliden die zweithäufigste gutartige Geschwulstbildung an der Wange und in der Mundhöhle überhaupt. Meistens sitzt sie an der Zunge (Kaiserling), findet sich aber auch an Lippen, Wangen, hartem und weichem Gaumen, den Mandeln und dem Zäpfchen. Scypinski unterscheidet je nach dem Entstehungsort zwei Gruppen: Von dem lockermaschigen Bindegewebe der Schleimhaut und ihrer Unterlage gehen die weichen Fibrome aus, während die harten vorwiegend Abkömmlinge der Knochenhaut und der Faszien sind. Ihr Sitz und ihre Formen- und Größenunterschiede sind recht mannigfach. Es sind Bildungen bis zur Größe von Billardkugeln beobachtet worden (Moritz Schmidt), die dann natürlich den Kranken im Gebrauch seines Mundes sehr stark behindern. An sich bieten sie aber wenig Beschwerden und keine Schmerzen, woraus sich wohl die lange Duldung ohne operativen Eingriff erklären läßt.

Sie sitzen entweder als flache Buckel unter der Schleimhaut oder sind gestielt. Oft kann das Fibrom den Anschein eines breiten Grundes erwecken, besonders wenn es durch andere Mundgebilde gegen seine Unterlage angedrückt wird; zieht man es jedoch bei der Untersuchung kräftig von dieser ab, so wird man oft über die Dünne der wirklichen Verbindung erstaunt sein (De Quervain). Häufig ist die Oberfläche gelappt. Die Schleimhaut hat über der Wucherung meist ihr natürliches Aussehen behalten. Bisweilen wurden Degenerationserscheinungen beobachtet wie z. B. schleimige Entartung, Erweichung mit Zystenbildung, fettige Degeneration und Verkalkung (Padieu, Lecène, Bösel).

Die klinische Diagnose Fibrom bezw. fibromartige Neubildung ist meist leicht, wenn man zunächst die histologische außer Acht läßt. Schwierig wird dagegen die Abgrenzung gegen andere Krankheitsbilder, wenn die Oberfläche der Geschwulst durch Biß oder andere Schäden verletzt wird und dann geschwürig zerfällt. Besonders

ist dies an den Zungenfibromen der Fall, bei denen die Unterscheidung gegen Gumma, Tuberkulom oder Aktinomykose oft nur durch genaue mikroskopische und serologische Untersuchung zu treffen ist; auch die Krebsbildungen gehören hierher, die auch wenn sie noch nicht geschwürig zerfallen sind, schwer zu erkennen sein können.

Der Uebergang von Fibrom in Sarkom ist nicht allzu selten beobachtet worden. Schon aus diesem Gesichtspunkt ist die Behandlung der Wahl die operative Entfernung.

Die mikroskopischen Befunde bestehen in einer reichlichen Wucherung des Bindegewebes, die je nach Alter und Ursprungsgewebe bald locker, kern- und gefäßreich, bald kernarm und reich an Zwischensubstanz ist. Im Gewebe verstreut liegen bald in Haufen angeordnet, bald vereinzelt Infiltrationen mit Rundzellen, die bis in das Epithel vordringen können. Auch Plasmazellen und Gefäßvermehrung findet sich häufig. Das bedeckende Epithel ist bisweilen ansehnlich verdickt, auch stellenweise verhornt und kann an der Oberfläche deutlich erhabene Papillen bilden (v. Mikulicz). Diese Bilder stellen dann einen Uebergang zu den Papillomen dar. Selten fehlt das Epithel; an diesen Stellen finden sich dann besonders reichliche Leukocyten in den oberflächlichen Schichten. Die Umgebung der Geschwulst kann ohne irgendwelche Veränderungen sein, zeigt aber auch meist Entzündung verschiedener Stärke.

Die Entscheidung, welcher Natur ein „Fibrom" ist, läßt sich klinisch nie mit Sicherheit fällen. Selbst dem Mikroskop gelingt es bisweilen nicht, sicher zu entscheiden. Da Entzündung nie ganz fehlt, wird man im Einzelfalle stets zu überlegen haben, ob man diese mit größerer Wahrscheinlichkeit als Ursache oder als unvermeidliche Begleiterscheinung ansehen soll. Nach v. Mikulicz-Kümmel handelt es sich jedenfalls meistens um entzündliche Bildungen, wie es Kaiserling auch für die zystisch degenerierten Lippenfibrome von Padieu und Lecène annimmt und für das von Partsch beschriebene durch eine schlechtsitzende Gaumenplatte entstandene „lappige Fibrom". Bei letzterem handelt es sich jedoch nach Kaiserling um ein fibromartiges Granulom.

Wenn nun auch oft eine mechanische Reizung des Gewebes durch kariöse Zähne, schlechtsitzende Gebisse und ähnliches nachgewiesen werden kann, so ist daraus allein noch nicht in einer der beiden Richtungen ein sicherer Schluß zu ziehen, wie vorher bereits erwähnt. Man wird sich also auch hier wieder mit einer wahrscheinlichen Erklärung begnügen müssen, wobei Klinik und Pathologie häufig voneinander abweichen werden und die letzte die wirklichen Geschwulstbildungen stark einschränken wird, worauf Borst mehrfach hinweist.

Vorwiegend rein entzündlicher Art sind die unter dem Namen der Papillome und Polypen beschriebenen Hyperplasien. Beide sind wesensgleich. Ihre Hauptbildungsstätte sind die Papillen des

Epithels. Während die Papillome meist Abkömmlinge eines mehrschichtigen Epithels darstellen und ein baumartig verzweigtes Gerüst zeigen, stammen die letzteren meist von einschichtigen Epithelbelägen ab und sind weniger verzweigt, mehr gelappt (Borst). Die Anwendung der beiden Bezeichnungen ist jedoch im Schrifttum meist nicht streng unterschieden, so daß bisweilen beide Namen für dieselbe Sache gebraucht werden.

Daß diese „Geschwülste" bei denen die Submucosa meist mehr oder weniger stark mitbeteiligt ist, in der Mundhöhle nicht allzu selten sind, kann bei der Menge der dauernden stets zuerst das Epithel treffenden Reize und der Häufigkeit von Entzündungsvorgängen an diesen Stellen nicht wundern.

Nach Kaul der 30 und Kahn der neben reichlichen Literaturangaben 71 Papillome der Mundhöhle nach verschiedener Hinsicht statistisch auswertet, ist der häufigste Sitz das Zäpfchen, ihm folgen die Gaumenbögen und dann die Zunge. An anderen Orten sind sie wesentlich seltener. Es ließ sich eine deutliche Bevorzugung des männlichen Geschlechts feststellen. Häufig gehen sie aus einer Leukoplakie hervor (Kaiserling, Konjetzny, Jahr).

Sie bilden meist gestielte, zu einem Viertel auch breitbasige kleine Geschwülstchen. Nach Kronenberg haben sie Hanfkorn- bis Haselnußgröße und gehen auch bei längerem Bestehen meist nicht über eine gewisse einmal erreichte Größe hinaus, wie auch Kaspari betont. Es sind selten aber auch größere Bildungen beobachtet worden, so beschreibt Rothmann ein apfelgroßes, Härtel zwei zusammen mannsfaustgroße. Ihre Oberfläche ist fein- oder grobkörnig, sie können Himbeerform oder Blumenkohlform annehmen. Je nach der derberen oder zarteren Ausbildung des Bindegewebes unterscheidet man harte und weiche Papillome. Im Gegensatz zu den Papillomen anderer Organe sind sie in der Mundhöhle meist einzeln. Jahr, Kaspari und Mühlpfordt fanden sie auch mehrfach.

Rückfälle nach ihrer Entfernung sind höchst selten. Die Umgebung ist fast stets chronisch entzündet. Ihre Unterscheidung von lymphadenoiden Wucherungen kann bisweilen schwer sein (Dietrich, Kahn). Die Papillome selbst sind gutartig, ihr Uebergang in Krebs ist jedoch nicht selten beobachtet worden. Härtel beschreibt ein bei einem fünfjährigen Mädchen unter Körpersiechtum schnell gewachsenes Papillom des Zahnfleisches, das trotz seiner histologischen Gutartigkeit schnell zum Tode führte.

Ihre Diagnose bereitet selten Schwierigkeiten, es sei denn, daß sie durch Verletzungen geschwürig zerfallen. Dann kommt zunächst die Abgrenzung gegen die bereits beim Fibrom erwähnten Bilder in Frage. Aehnlich können auch einmal spezifische Entzündungen z. B. Tuberkulose (v. Mikulicz) oder Botriomykose, die aber meist angiomatöse Wucherungne macht, aussehen (Iliescou).

Stärkere Beschwerden fehlen meist. Die häufig langen Stile können aber zur Einklemmung zwischen den Zähnen oder zu unangenehmem Kitzelgefühl, Husten, Würgen und Heiserkeit führen, wenn sie von ihrem Sitz an den Gaumenbögen oder Mandeln in den Kehlkopf hinabhängen. Meist rühren die Hauptbeschwerden von der begleitenden Entzündung her.

Ueber die Vorgänge bei der Entstehung und beim Wachstum der Papillome hat Lange an Hand genauer Reihenschnitte berichtet. Es kommt danach zunächst zu einer Epithelverdickung. Die eigentliche Papillenbildung entsteht durch Sprossung der Kapillarschlingen der Submukosa und spätere Bindegewebsbildung, die das Epithel gewissermaßen vor sich hertreiben. Das Bindegewebe kann sich dabei verzweigen und so die zerklüftete Form der Geschwülstchen noch verstärken. Fast stets, besonders bei jüngeren Papillomen findet sich leukocytäre Infiltration. Rundzellenstränge gehen vom Bindegewebe ins Epithel, besonders wo dieses Defekte aufweist. Das Epithel zeigt zahlreiche Kernteilungsbilder, hauptsächlich an den Stellen, an denen die Gefäßschlingen vermehrt sind.

Nach Dietrich lassen sich fließende Uebergänge zu den exsudativen und proliferativen Entzündungen der Mundschleimhaut nachweisen. Das Bindegewebe kann auch bis zwischen die Muskelschichten gehen und diese können zerfallen. Meist ist es von seröser Flüssigkeit durchtränkt und zeigt einzelne Blutungen. Die Drüsen sind z. T. in lebhafter Tätigkeit, zum Teil degeneriert. Ihre Ausführungsgänge erscheinen weit. Nach Kahn tritt im späteren Wachstum der Papillome die Bindegewebswucherung zurück und bildet nur das baumartig verzweigte Gerüst für das mächtig gewucherte Epithel. In diesem finden sich bisweilen Hornperlen, auch Verhornung der obersten Schichten kommt vor (Konjetzny). Sommerbrodt sah einmal ein völliges Zurücktreten der Epithelwucherung gegen die an Fibrom erinnernde Bindegewebsvermehrung.

Wenn man sich die Frage nach dem Grunde der Entstehung dieser Geschwülste vorlegt, so darf man nicht vergessen, daß alle später angeführten, so mannigfachen Ursachen, wenn sie wirklich in diesem Sinne wirken, zunächst einmal eine nicht gewöhnliche Veranlagung des betreffenden Menschen zur Bildung solcher überschüssigen Wucherung zur Voraussetzung haben müssen. Andernfalls müßten sie viel häufiger sein. Dabei ist es zunächst gleichgültig, ob wir es mit wirklichen Geschwulstbildungen oder mit einfachen Hyperplasien zu tun haben. Erstere dürften für das Gebiet der Papillome zu den Seltenheiten gehören. Jedenfalls wird man sie nur annehmen dürfen, wenn die Umgebung der Geschwulst keine entzündlichen Veränderungen aufweist, die Geschwulst sich scharf gegen das Gesunde abgrenzt und die an ihr selbst vorhandene Entzündung sich zwanglos als sekundäre erklären läßt (Borst, Dietrich).

v. Mikulicz ist der Ansicht, daß bisweilen die Entzündung erst durch die Wucherung ausgelöst wurde, da er nach Entfernung der Geschwulst einen auffallend schnellen Rückgang der Entzündung beobachtete. Dasselbe trifft auch für die von Halasz mitgeteilte Kehlkopfreizung durch ein langgestieltes Papillom am Zäpfchen zu.

Angeborene Papillome im Munde sind außer einem zweifelhaften Fall von Demme nicht beobachtet worden.

Als Ursache für die Entstehung dieser Geschwülstchen sind die verschiedenartigsten Dinge angeschuldigt worden. Vor allem sind es die chronischen, proliferativen Entzündungen, die hier genannt werden müssen und die zum Teil auf dem Umweg über eine Leukoplakie die Bildung veranlassen können. Eine zweite Gruppe bilden die dauernd die Schleimhaut treffenden Reize, die auch zum Verständnis der Entzündung selbst mit herangezogen werden: Kariöse Zähne, schlechtsitzende Gebisse als häufigste. Demme erwähnt eine Arbeit von S. F. Eve (1888), nach der eine Isländerin an der Stelle der Stelle der Zunge, die die fortwährend zwischen den schlechten Zähnen gehaltene Pfeife berührte, ein Papillom bekam. Hierher gehört auch die Beobachtung von Konjetzny: ein bürstenförmiges Keratoepitheliom an der Stelle der Wange, an der der Seemann seit 30 Jahren seinen Priem zu lagern gewöhnt war. Tabakgenuß wird überhaupt als begünstigend angesehen und daraus die größere Häufigkeit bei Männern erklärt.

Jahr weist auf verschiedene Konstitutionseigentümlichkeiten hin, die bei der auch bei Lues nicht seltenen Leukoplakie öfter gefunden werden, wie Schwielenbildung, Psoriasis, Keratosis.

Mühlpfordt erwähnt das Auftreten mehrfacher Papillome an den Lippen bei einem 14jährigen Mädchen, das sich eine vor zweieinhalb Jahren bestehende Warze am Finger häufiger abgebissen hatte. Er nimmt eine unmittelbare Uebertragung an, vielleicht durch ein „Virus". Ferner wurden bei Tuberkulosen (v. Mikulicz) und Gonorrhoe (Jahr) ähnliche Bildungen beobachtet.

Den Papillomen sehr nahe steht das besonders von italienischen Verfassern beschriebene Zungenbandgeschwülstchen der Säuglinge — die Rigasche Krankheit. Es handelt sich um ein schnell wachsendes bis haselnußgroßes Papillom des Zungenbändchens mit meist geschwüriger Oberfläche. Schoßberger nimmt als auslösende Ursache Reizung des Zungenbändchens durch das erste Auftreten der Schneidezähne oder durch vieles Schreien und Husten besonders beim Keuchhusten an. Histologisch stellt sich die Wucherung als chronisch entzündliche Granulationsbildung mit starker Epithelwucherung dar. Der Verfasser betont ebenfalls die Notwendigkeit des Bestehens einer allgemeinen oder örtlichen Krankheitsneigung.

Alle die besprochenen Krankheitsbilder stehen also auf der Grenze zwischen entzündlicher Wucherung und echter Geschwulst:

sie gehören also zu zwei innerlich grundverschiedenen Wachstumsvorgängen. Daraus erwächst uns die Pflicht, soweit wie möglich hier strenge Unterscheidung zu treffen. Aber diese Unterscheidung begegnet hier sehr großen Schwierigkeiten, die auch darin begründet sind, daß die einzelnen Wissensgebiete der Heilkunde ihr Augenmerk auf verschiedene Seiten der Beobachtung richten, je nachdem welches Ziel sie verfolgen.

Für die Klinik ist eine Gewebswucherung, die sich mehr oder weniger deutlich von ihrer Umgebung abgrenzt, eben eine Geschwulst. Das Richtunggebende für die Auffassung der Klinik ist das Heilstreben. Bei den zunächst zu fällenden Entscheidungen: Entzündung — echte Geschwulst wird daher der Kliniker die Trennungslinie dorthin legen, wo ein Heil- oder Besserungserfolg durch Bekämpfung der Entzündung nicht mehr sichtbar wird.

Die Feststellung von gleichzeitigem Bestehen anderer Geschwülste oder anderer Konstitutionseigenheiten wird wenig richtungweisend sein können; denn diese Beobachtungen weisen lediglich auf eine ungewöhnliche Reaktions- oder Wachstumsmöglichkeit einzelner Gewebsarten ganz allgemein. Aehnlich geht es meist auch mit den gleichzeitig als zweite Ursache zu beobachtenden mechanischen Umständen. Auch diese können nach beiden Richtungen gewertet werden. Jedenfalls wird man gut tun, möglichst strengste Kritik walten zu lassen, ehe man dort Ursache — Wirkung schließt. Die Klinik wird sich also meist mit d e r Auffassung begnügen müssen, die ihr Handeln bestimmt, und damit bei den erwähnten Krankheiten vor der Unmöglichkeit klarer Entscheidung im pathologischen Sinne stehen.

Leider ist aber auch pathologisch-histologisch eine klare Diagnose nicht immer möglich. Gewisse Richtlinien lassen sich auch hier feststellen. Zunächst ist es notwendig, daß stets mit dem bei der Operation erhaltenen Geschwulstmaterial die Umgebung mit unteruntersucht werde. Ist diese frei von Entzündungserscheinungen und die Geschwulst scharf gegen sie abgesetzt, so spricht das im Sinne der echten Neubildung. Andererseits werden sich, wie erwähnt, stets irgend welche entzündlichen Veränderungen nachweisen lassen, wie das in einem gefährdeten und mit der Außenwelt verbundenen Organ, wie der Mundhöhle, nicht anders sein kann. Auch die Vorgeschichte ist für den Pathologen nicht bedeutungslos. Denn da z. B. die entzündlichen Wucherungen mit dem Alter eine Umwandlung im Sinne der Verderberung und Gefäßverarmung des Bindegewebes durchzumachen pflegen, so kann ihm die Entstehungsgeschichte unter Umständen noch Hinweise geben, wenn die auslösenden Ursachen der Bildung und die Entzündung längst abgeklungen sind.

Läßt sich trotzdem bisweilen nicht nach irgend einer Richtung entscheiden, so kommt das eben daher, daß die von uns gezogene scharfe Grenze zwischen Geschwulst und Entzündung in Wirklichkeit

mit mannigfachen Uebergängen verwischt ist. Für diese Fälle bleibt die enge Zusammenarbeit klinischer und pathologischer Beobachtung die einzige Möglichkeit, überhaupt Klarheit zu schaffen.

Zu der Gruppe der besprochenen Erkrankungen gehört die folgende, der chirurgischen Universitätsklinik in München (Geheimrat Lexer) entstammende eigene Beobachtung einer Geschwulstbildung an der Innenseite der Oberlippe.

Frau R. M., 53 Jahre alt, Familiengeschichte o. B. Eigene Vorgeschichte: 1907 Gesichtsrose; 7 Geburten: teils spontan, teils künstliche Frühgeburten und Zangengeburten wegen engen Beckens. Sonst o. B.

Seit mehreren Jahren hat die Frau keine Zähne mehr im Oberkiefer, die letzten Zähne im Unterkiefer wurden ihr unmittelbar vor ihrer Einweisung entfernt. Sie trägt an Ober- und Unterkiefer ein Gebiß. Seit zwei Jahren hat sie beim Tragen des Gebisses einen leichten Schmerz an der Innenseite der Oberlippe verspürt und bemerkte dort wenige Zeit später eine langsam wachsende Geschwulst. Erst seit einem halben Jahre wuchs die Geschwulst schneller und wurde durch ihre Größe lästig. Die Sprache wurde etwas undeutlich, Kauen wenig behindert, geringe Entstellung durch rüsselförmige Vorwölbung der Oberlippe. Die Beschwerden von seiten des Gebisses waren so gering, daß sie es dauernd getragen hat. Keine Schmerzen, keine Schwellung der Lippe, keine Blutung, kein Speichelfluß, kein unangenehmer Geschmack und Geruch aus dem Munde.

Befund: Kleine, untersetzte Frau in guten E. Z. Der linke Teil der Oberlippe ist etwas stärker vorgewölbt als der rechte. Das Zahnfleisch ist fast im ganzen Verlaufe der Alveolarfortsätze beider Kiefer überhängend und vermehrt. Die Kiefer sind zahnlos. Auf der Schleimhaut der Oberlippe, dicht nach links neben der Mittellinie und etwas lippenwärts von der Umschlagstelle der Schleimhaut auf den Kiefer sieht man, wenn man die Oberlippe nach oben umklappt, eine etwa kirschgroße Geschwulst, die breit mit scharfem Rande der Lippe aufsitzt. Die Geschwulst erscheint aus einzelnen, hahnenkammähnlichen, durch tiefe Spalten getrennten Lappen zusammengesetzt, die überziehende Schleimhaut ist nicht verändert, nur in der Tiefe der Spalten findet sich an einzelnen Stellen ein weißlich grauer Belag. Keine Geschwüre. Bei der Betastung fühlt sich die Geschwulst, wo sie die Lippe aufsitzt, derb an, auf der Höhe ist sie weicher. Die Schleimhaut liegt der Oberfläche der Geschwulst unverschieblich auf, die Grenze zwischen Geschwulst und dem Lippengewebe ist deutlich zu fühlen, gegen die unterliegenden Schichten besteht gute Verschieblichkeit. Keine Schmerzen bei der Betastung. Mandeln nicht vergrößert. Am Hals keine Drüsenschwellung.

Organe der Brust- und Bauchhöhle, Gliedmaßen, und Nervensystem o. B.

Diagnose: Gelapptes, vorwiegend weiches Fibrom der Oberlippe. Hypertrophie des Zahnfleisches.

Operation: 12. 6. 29 in der chirurg. Univ.-Klin. München: Lokalanaesthesie durch Um- und Unterspritzung mit Novocain-Suprarenin, darauf spindelförmige Umschneidung und Abtragung der Geschwulst. Wundnaht durch Zusammenziehen der Schleimhaut, Verband durch Stryphnongaze.

26. 6. 29 Wundgebiet entzündungsfrei. Nur noch ein ganz geringer grauweißlicher Belag von etwa 1.5 Zentimeter Länge.

Histologischer Befund: Prof. Groll (Patholog. Inst. d. Univ. München, Geh. R. Prof. Dr. Max Borst): Bindegewebe mit chronisch entzündlicher vorwiegend aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehender Infiltration. Wenig Gefäße, reichlich faserbildendes Bindegewebe. An der Oberfläche Plattenepithel. In der Tiefe Schleim- und Speicheldrüsen mit weiten Ausführungsgängen, zwischen deren Läppchen sich ebenfalls chronisch entzündliche Infiltrate finden.

Das Bild dieses Befundes ähnelte der Abbildung eines Papillomes bei Kahn, allerdings ist in unserem Falle die Epithelwucherung weniger stark ausgeprägt.

Ende Juli 1929 trat an der Stelle, an der die Operationsnarbe saß, von neuem eine ungefähr pflaumengroße weiche schnell wachsende nicht schmerzhafte Geschwulst auf, die ähnlich aussah wie die erste und ebenfalls in Lokalanaesthesie entfernt wurde. Es wurde mit noch weiterem Abstand ins Gesunde ein spindelförmiger Schnitt geführt und am Kiefer bis auf den Knochen abgetragen. Wundnaht und Versorgung wie beim ersten Mal.

Glatte Heilung ohne irgend welche Zwischenfälle. Histologisch handelte es sich diesmal um eine ausgeprägte abszedierende Entzündung unterhalb eines umschriebenen Epitheldefektes. An einzelnen Stellen fanden sich Fremdkörperriesenzellen um fädige Gebilde (Labor. d. chir. Klin. Dr. Schulze).

Nachuntersuchung am 12. 11. 29: Lippen beiderseits gleich aussehend. Beim Umklappen der Oberlippe links eine kleine strichförmige Narbe. Ein Unterschied gegen rechts kaum feststellbar. Die Frau trägt am Tage, um besser sprechen zu können, zeitweilig ihr altes Gebiß, sie klagt darüber, daß, wenn sie es länger trägt, sofort Schmerzen an der Narbe auftreten. Diese werden gegen Abend am stärksten und sind morgens gänzlich verschwunden. Es ist daher nötig, die Gebißplatte dort wo sie anliegt, weiter auszuhöhlen.

Es ist diese Beobachtung ein gutes Beispiel für die Schwierigkeit der Unterscheidung bei solchen Krankheitsbildern.

Das Auftreten der Geschwulst geschah in einem Alter der Kranken, in dem die Neigung zur Geschwulstbildung besteht. Sowohl das Aussehen, wie der Betastungsbefund, das langsame Wachstum, die völlige Schmerzlosigkeit, das Fehlen irgendwelcher entzündlicher

Veränderungen in der Umgebung und auch jedes Hinweises auf solche aus der Vorgeschichte legten die Diagnose Fibrom nahe. Auffallend war dann der schnelle Rückfall. Aber auch diesmal wies der ganze Befund dieser verhältnismäßig derben Geschwulst auf eine echte Neubildung und es tauchte sogar wegen des schnellen Wachstums der Gedanke an ein Sarkom auf.

Wenn nun auch deutliche Entzündung fehlte und die Beläge am Geschwülstchen selbst so gering waren, daß man sie als sekundär ansehen mußte, so hätte sich aus der vorhandenen Zahnfleischhyperplasie aber doch auch auf das Bestehen einer chronischen Entzündung im Bereich der Mundhöhle schließen lassen.

Voraussetzung beider Deutungen ist jedoch die konstitutionelle Veranlagung der Kranken auf Reize irgendwelcher Art mit einer überschüssigen Bindegewebsbildung zu antworten. Auslösend wirkte hier wohl der dauernde leichte Druck der Gebißplatte.

Angesichts dieser Unklarheit ist noch vom praktischen Standpunkt zu erwägen, wie vorzugehen war.

Es mußte operiert werden: 1. Um die klinische unklare Diagnose durch die pathologisch-anatomische Untersuchung zu sichern: 2. da die Möglichkeit einer Geschwulst bestand, war die richtige Geschwulstbehandlung, die Operation, die gegebene. Zugleich war sie unbedenklich, da sie an dieser Stelle technisch leicht möglich war und auch vom Standpunkt der Entzündungsdiagnose aus die Entfernung eines solchen rein chronisch entzündlichen Herdes der Kranken nur vom Nutzen sein konnte.

Zum Schlusse danke ich bestens Herrn Prof. Dr. Georg Schmidt für die Zuweisung der Kranken und Durchsicht der Arbeit.

Schrifttum

Albert, E., Einige seltenere Erkrankungen der Zunge. Wien, Med. Presse, 1885, 1—6.

Arnold, Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhöhle, Virchows Archiv, Bd. 11, 3. 1888.

Begelmann, J. A., Zur Zahnfleischfibromatosis. Dt. Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 216, H. 3/4, 1929.

Borst, Max, Die Lehre von den Geschwülsten, Bd. 1 und 2. Wiesbaden 1902. S. 6, 110, 519.

Bösel, Walter, Das Fibrom der Wange. U 24. 1588 I.-Diss. Breslau 1924. (Auszug.)

Chiari, O., Chron. Entzündung des Rachens, in Heymanns Handb. d. Laryngologie, Bd. 2. Wien 1899.

Demme, Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 26. S. 253, 189.

Dietrich, Spezielle Pathologie der Rachenerkrankungen. Henke-Lubarsch: Handbuch der speziellen Pathol. Bd. IV, I., Berlin 1926. S. 14 ff. S. 18 ff.

Dressel, Otto, Ein Fall von zentralem Fibrom des Unterkiefers. I.-Diss., Leipzig, 1911.

Ferreri, Ueber den wahren Ursprung der Nasenrachenfibrome. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, Suppl. 1921, S. 1068

Furtwängler, Zur Frage der Aetiologie der Gingivitis hypertrophicans. Dt. Monatsschr. f. Zhkunde 1927, S. 999.

Halasz, Papillom der Uvula. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. 42, S. 306. 1908.

Hänisch, Papillom der rechten Gaumentonsille. Med. Ges. Kiel, Klin. Wo.-Schr. 1929, II. 24. S. 1147.

Härtel, Fritz, Eigenartige Tumorbildung des Ober- und Unterkiefers. Dt. Zeitschr. f. Chir. 215, 66—75, 1929. (Ref. G. Schmidt.)

Hentze, Albin, Die Entzündungen der Mundschleimhaut. Die Fortschritte der Zahnheilkunde, Bd. 4, 1 S. 681, 1928.

Hoppe, Werner, Die gut- und bösartigen Geschwülste im Bereiche der Mundhöhle (Statistik). I.-Diss. Breslau, 1920.

Jahr, Karl, Ein Fall von Papillomata linguae. I.-Diss. Jena 1910.

Hiescou, C., u. Popescou, Hyperplast. Angiom der Zunge. Ref. Moncorps, (Mchn.), Zentralorg. f. d. Ges. Chir., Bd. 48, S. 170 (1930).

Kahn, M., Ueber Papillome der Mundrachenhöhle. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 1, 1, S. 12, Berlin, 1893.

Kaiserling, Spezielle Pathologie der Mundhöhle, Henke-Lubarsch, Handbuch d. speziellen Pathologie, Bd. IV., 2. S. 53 ff. S. 100 ff.

Kaspari, T., Ein Fall von papillomatösen Wucherungen auf der Mundschleimhaut, Ref. Internation. Zentralblatt f. Laryngologie. Jahrg. 9, S. 336, 1893.

Kaufmann, Lehrb. d. speziellen patholog. Anatomie. 7.—8. Aufl. Berlin u. Leipzig, 1922, Bd. 1. S. 440.

Kaul, Robert, Ueber Papillome des weichen Gaumens. I.-Diss. Leipzig, 1908.

Konjetzny, G. S., Ueber ein bürstenförmiges Keratoepitheliom der Wangenschleimhaut. Beiträge zur pathol. Anat. Bd. 57, 1. S. 57. 1919.

Konjetzny, G. S., Zentralbl. f. Chir. 1922, Nr. 47. S. 1753.
Krogmann, F. A., Hypertrophia fibrosa gingivae hereditaria. I.-Diss. Hamburg 1926.
Kronenberg, E., Katz-Blumenfeld: Handbuch der speziellen Chir. des Ohres und der oberen Luftwege. 1. u. 2. Aufl., Leipzig 1924, Bd. II. 2. S. 66 ff. S. 104 ff.
Lange, Ein Fall von multiplen Papillomen an Tonsille, Zunge und Epiglottis. Dt. Arch. f. klin. Med. Bd. 50, S. 463 (1892).
Läwen, A., Ueber Elephantiasis der Gingiva und ihre operative Behandlung. Wien. Med. Wochenschr. 1929, S. 607.
Lecène, M. P. Kyste de la lèvre inférieure Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris, (1909) Bd. 84. S. 731.
Lexer, Erich, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 3. Aufl. Stuttgart, 1908, Bd. 2, S. 231.
Mikulicz, J. v., u. Kümmel, W., Die Krankheiten des Mundes. 3. Aufl. Jena 1912, S. 197, 214.
Mikulicz, J. v., Neubildungen des Rachens in: Heymanns Handb. d. Laryngologie, Bd. 2. Wien 1899.
Mühlpfordt, H., Ungewöhnlicher Sitz spitzer Kondylome. Dermat. Wochenschr. 88, H. 18.
Padieu, Tumeur fibro-kystique de la cavité buccale. Gaz. méd. de Picardie. 1895, No. 11. Ref. Internat. Zentralbl. f. Laryngo. Rhinol. 1886/87 S. 44.
de Quervain, F., Spezielle chirurgische Diagnostik. 4. Aufl. Leipzig 1913, S. 94, 69.
Reinbach, Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 18, 2. S. 451, 1897.
Rothmann, Ein Papillom der Mundhöhle. Ref.: Internat. Zentralbl. f. Laryngol. 5. S. 15, 1888.
Salistscheff, Arch. f. klin. Chir. 1924, S. 404.
Schmidt, Moritz, Die Krankheiten der oberen Luftwege. 2. Aufl. 1897, S. 600.
Schoßberger, Beitr. zur Aetiologie der „Produzione sottolinguale", Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 42, S. 405, 1905.
Scypinski, A. v., Das Fibrom in der Mundhöhle, I.-Diss. Breslau, 1921.
Sommerbrodt, Ueber eine Papillargeschwulst im Pharynx. Virchows Arch. 1870, Bd. 51. S. 137.
Tendeloo, Allgemeine Pathologie, Berlin 1919, S. 453, 466, 486.
Tilmanns, Spezielle Chirurgie, 5. Aufl. Bd. 1. S. 334, 337, 5. Aufl., Leipzig 1897.
Veckenstedt, Dt. med. Wochenschr. 1907, S. 535.
Weski, H., Elephantiasis Gingivae hereditaria Dt. Monatsschr. f. Zahnheilkunde, Jahrg. 38, 557, 1920.
Klose und Gronwald, Arch. f. klin. Chir. B. 151, S. 469, 1928.

Lebenslauf

Am 15. Januar 1907 wurde ich in Berlin als Sohn des jetzigen Oberstabsarztes a. D., Facharztes für Chirurgie Dr. med. Albert Dege und seiner Ehefrau Dr. phil. Marie Joachimi-Dege geboren. Ich besuchte das Staatl. Friedrichsgymnasium in Frankfurt an der Oder. Dort bestand ich Ostern 1924 die Reifeprüfung. Dann studierte ich Medizin an den Universitäten Kiel, Zürich, Innsbruck und zuletzt in München. Hier bestand ich am 19. Dezember 1929 das Staatsexamen. Seither bin ich als Medizinalpraktikant am pathologischen Institut des Krankenhauses München-Schwabing (Direktor Prof. Dr. Oberndorfer).